11

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE N° 382

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Docteur Robert GISCLARD

Né le 28 juillet 1902, à Réalmont (Tarn)

Travail de la Consultation Oto-Rhino-Laryngologique de l'Hôpital Necker-Enfants-Malades

(Docteur J.-M. LE MÉE)

Des Polypes dermoïdes du Cavum

Président : M. SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince (VIe Arr.)

1928

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Docteur Robert GISCLARD

Né le 28 juillet 1902, à Réalmont (Tarn)

Travail de la Consultation Oto-Rhino-Laryngologique de l'Hôpital Necker-Enfants-Malades

(Docteur J.-M. LE MÉE)

Des Polypes dermoïdes du Cavum

Président : M. SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e^ Arr.)

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER.
I. — Professeurs	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFA N.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	CHIRAY	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	CLERC	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	DEBRE	Hygiène.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	I. DE JONG	Anatomie pathologique.
BINET	Physiologie.	DOGNON	Physique.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.	DONZELO	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	DUVOIR	Médecine légale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	ECALLE	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgicale	FIESSINGER	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	GARNIER	Pathologie expérimentle
CHAMPY	Histologie.	GATELLIER	Pathologie chirurgicale.

MM.		MM.	
HARVIER....	Pathologie médicale.	MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.	MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
HOVELACQUE..	Anatomie.	MULON.....	Histologie
HUTINEL....	Pathologie médicale.	PHILIBERT..	Bactériologie.
JOYEUX.....	Parasitologie.	QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
LABBE Henri	Chimie biologique.	RICHET Fils..	Physioloige.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.	ZEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
LEMAITRE...	Oto-rhino-laryngologie.	VALLERY-RADOT (Pasteur)....	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL.	Obstétrique.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
LHERMITTE.	Pathologie mentale.	VELTER.....	Ophtalmologie.
LIAN.....	Pathologie médicale.	VERNE.....	Histologie.
MATHIEU....	Pathologie chirurgicale.		
METZGER....	Obstétrique.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT..	Pathologie médicale.	RETTERER..	Histologie.
GUENIOT....	Obstétrique.	TANON.....	Pathologie médicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE....	Clinique chirurgicale.	LERI.....	Clinique médicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU...	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ..	Clinique chirurgicale.
LE LORIER..	Clinique obstétricale.	VILLARET...	Clinique médicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.		

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

ET DE MA GRAND'TANTE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profond amour filial.

A MES PARENTS, A MES AMIS

A Monsieur le Professeur SEBILEAU

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique
de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Commandeur de la Légion d'honneur

Témoignage de vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A mon Maitre, le Docteur J.-M. LE MÉE

Oto-laryngologiste de l'Hôpital Necker-Enfants-Malades
et de l'American Hospital de Paris
Officier de la Légion d'honneur

Qu'il nous soit permis de lui offrir ce faible témoignage de reconnaissance pour l'extrême bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et le précieux enseignement dont il nous a fait profiter.

Au Docteur René DOUMENJE

Ancien Assistant de laryngologie des Hôpitaux de Paris

Qui nous fait profiter chaque jour de son expérience et dont les conseils amicaux nous ont guidé depuis notre arrivée à Paris, nous exprimons notre profonde affection.

Au Docteur DELATER

Chef des Services biologiques à l'Ecole Dentaire de Paris

Auquel nous témoignons ici toute notre reconnaissance.

A MES ANCIENS MAITRES DE LA FACULTÉ
DE TOULOUSE

Messieurs les Professeurs
DAMBRIN, RÉMOND, MÉRIEL, MOREL

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur agrégé MAUCLAIR (1923-24)

Monsieur le Docteur DELHERM (1924-25)

Monsieur le Docteur Armand DELILLE (1925)

Messieurs les Docteurs R. BESNARD
et Mathieu-Pierre WEIL (1925-26)

Monsieur le Docteur LE MÉE (1926-28)

DES
POLYPES DERMOÏDES
DU CAVUM

INTRODUCTION

Au mois de mai 1927, notre Maître, M. Le Mée, opérait, à la Consultation des Enfants-Malades, un polype du cavum. Sa consistance et son revêtement pileux nous firent penser aux polypes dermoïdes du cavum signalés par M. le Professeur Lannelongue, dans son Traité des kystes congénitaux du cou, et étudiés particulièrement dans la thèse de Decloux en 1900 (1). Ce qui nous frappa surtout ce fut la présence, à la partie supérieure de la tumeur et au-dessus de son point d'insertion, de dents qui furent reconnues comme deux incisives avec leur bourrelet gingival. Les caractères particuliers de notre pièce opératoire, avec son insertion sur le vomer, et surtout l'existence de dents, nous incitèrent à reprendre la

(1) Decloux, thèse, Paris, 1899-1900, n° 234.

question des polypes dermoïdes du cavum. Nous avons recherché si de nouvelles observations avaient été publiées depuis la thèse de Decloux et ces recherches nous ont confirmé la rareté de ces tumeurs.

HISTORIQUE

Decloux, dans sa thèse, fait l'historique de la question et signale l'observation de Ford, rapportée par Meckel en 1819, à propos d'un mémoire sur les poils et les dents qui se développent accidentellement dans le corps. Il fait remarquer que la communication est réduite à deux lignes et qu'aucun examen histologique ne fut pratiqué ; elle n'a donc que peu de valeur au point de vue scientifique. Goxhler en 1865, Lambl en 1870, Arnold en 1888, étudient successivement ce cas si curieux. Otto Reinhardt publia un cas analogue sous le titre d'*Epignathie*, mais des malformations diverses de la face existaient en même temps que la tumeur pharyngée. Après lui viennent la communication de Barton, l'observation si détaillée d'Abraham, enfin celle de White et celle de Schuchardt. En 1886, M. le Professeur Lannelongue publia, avec M. Achard, quelques-unes de ses observations. Il les réunit sous le titre de *Productions dermoïdes situées dans la cavité buccale*. En 1891, il revient encore sur le même sujet en publiant un travail avec Ménard. Depuis son ouvrage, Decloux n'a pu réunir que trois cas nouveaux, celui de Richard Otto, de W. de Roaldes et enfin le sien.

Après Decloux, Texier, de Vannes, publia un cas intéressant de polypes dermoïdes du pharynx : polypes pileux à revêtement cutané dont l'étiologie, le diagnostic et le traitement se rapprochent des cas déjà publiés. Après lui, Milholand publia, dans le *Journal Médical de Maryland*, un cas de polype du pharynx qui semble devoir plutôt se classer parmi les polypes du méat moyen descendant dans le pharynx. En 1903, Hanszel présente un cas de polype congénital du pharynx ; Meyges, Kan, Thellung en font de même. En 1905, Reuter, et plus tard, en 1908, Levinger, décrivent les signes cliniques et l'opération d'un polype pileux du cavum. En 1909, Bastgen, à l'Université de Giessen, écrivit sa thèse inaugurale sur le même sujet ; après avoir décrit son cas personnel, il fait un tableau comparatif des cas analogues déjà connus ; cependant il ne mentionne que les auteurs allemands et nous ne trouvons pas trace des travaux de Decloux et de Texier. Après lui, Spinger, Oppikofer, Axhausen publient également les observations personnelles qu'ils ont faites. En 1914, Pouget signale, dans la *Revue hebdomadaire de laryngologie :* un polype dermoïde du pharynx. En 1915, Graziani parle des polypes congénitaux du pharynx et Poynton les désigne sous le nom d'inclusions dermoïdes du pharynx. En 1918, Kelly ajoute à l'exemple qu'il cite les notes suivantes . « En 1905, Reuter avait collectionné 19 cas et le sien. « En 1908, Bastgen mentionne 27 cas publiés. En 1911, « Oppikoffer porte le total de 28 à 40, auquel il faut « ajouter 5 cas non mentionnés. En 1914, Eves décrit un « cas typique. En 1915, Graziani ajoute 3 nouveaux

« faits ; il faut encore ajouter les cas publiés par Augier « et Lavrand, Iwata, Pouget, Dombrowski et Poynton, « Higgins et Pirie, ce qui porte le nombre de polypes « pileux du cavum décrits à 50. »

Depuis cette époque, malgré nos recherches, nous n'avons pas trouvé de publications nouvelles se rapportant nettement à ce sujet.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons déjà décrit l'aspect, les dimensions, le volume, les points d'insertion des polypes dermoïdes ; ajoutons qu'ils sont toujours uniques dans les cas relevés jusqu'ici tout au moins. Nous opposons à l'opinion de Decloux et Texier, pensant qu'ils sont toujours unilatéraux, le fait démontré par notre observation qu'ils peuvent être centraux et insérés sur le vomer. Le revêtement cutané épithélial est d'épaisseur variable suivant les cas observés ; il est traversé par des petites papilles et de nombreux poils qui ont, dans le cas de Texier, des muscles érecteurs énormes insérés à leur base. Les cas observés depuis Decloux ne signalent pas davantage d'éléments nerveux. La vascularisation de ces tumeurs est assurée par de nombreux capillaires au milieu de tissu conjonctif ; à la superficie, ces vaisseaux sont plus rares. Texier note une artère et une veine centrales. Quelques cas présentent du cartilage : le nôtre, une esquisse de mandibule. Poujet a observé près du pédicule une glande en grappe qu'il considère comme une parotide aberrante. Notre observation signale, en outre, la présence de deux incisives recouvertes d'une ébauche de gencive avec des traces d'épithélium cylindrique ; entre les racines des

deux incisives se trouve une ébauche de canine entourée d'un tissu conjonctif dense effiloché. Toutefois, une partie de la loge canine est lisse et tapissée de deux couches de cellules qui paraissent être des cellules épithéliales et qui représentent peut-être les restes d'un organe adamantin atrophié.

En résumé : tous les polypes dermoïdes du pharynx observés jusqu'à maintenant présentent des caractères anatomo-pathologiques bien définis. Les observations se complétant les unes les autres montrent à l'examen toutes les productions ecto et miso-dermiques : épithélium malpighien, poils, glandes sudoripares et glandes annexes, fibres musculaires lisses et striées, cartilage, dents ; le milieu en est généralement formé par du tissu graisseux soutenu par un tissu conjonctif lâche entourant quelques vaisseaux, quelquefois centraux, artères et veines unies par des capillaires. Aucun auteur n'a pu observer de fibres nerveuses nettement dissociées.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de ces tumeurs dermoïdes repose sur quelques faits importants concernant le développement de la cavité buccale et du cou. On sait que dans la quatrième semaine apparaissent sur les parties latérales du cou de l'embryon quatre saillies sous forme de bourrelet. Ces quatre bourrelets dus à un épaississement du mésoderme sont constitués par trois couches : une couche externe ectodermique, une moyenne mésodermique, une interne endodermique ; ce sont les arcs branchiaux séparés par des rainures ou fentes branchiales. Nous n'insisterons pas sur le développement de ces arcs branchiaux non plus que sur la discussion de la fermeture complète ou incomplète des fentes branchiales. Le siège des polypes dermoïdes, leur structure et leur formation ectodermique nous font admettre qu'ils se développent aux dépens de ces arcs branchiaux. Nous écartons complètement les hypothèses de diplogénèse et d'enclavement et nous séparons nettement ces tumeurs pileuses du pharynx des tératomes ou autres épignathies observées par différents auteurs. Nous savons qu'une grande partie de la poche branchiale est recouverte par une membrane ectodermique ; il suffira qu'une portion du mésoderme se déve-

loppe d'une façon anormale et évolue comme une végétation vers l'intérieur de la bouche toujours coiffée de son enveloppe ectodermique pour avoir un de nos polypes dermoïdes. L'ectoderme donnera la peau, les poils, les glandes sébacées et sudoripares, les dents. Le mésoderme fournira les vaisseaux, les muscles, le cartilage et même l'os constituant la partie centrale de ces tumeurs.

La présence de dents dans l'observation nouvelle que nous apportons et qui jusqu'ici n'avait jamais été décrite, nous confirme dans cette hypothèse d'origine ectodermique.

Nous avions, en effet, songé un instant que les bourgeons incisifs pouvaient avoir été rétropulsés au cours de la vie intra-utérine, pour venir donner ces productions dentaires dans le cavum. Une radiographie du massif incisif nous a montré derrière la première dentition, et au complet, tous les bourgeons de la seconde. Force nous est donc de conclure au développement ectodermique de la tumeur, au cours de l'évolution des arcs branchiaux, comme nous en émettions l'hypothèse.

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Nous n'insisterons pas sur l'étiologie qui a été fort bien étudiée par Decloux dans sa thèse. Toujours congénitales, ces productions dermoïdes semblent liées à une malformation dans le développement des arcs branchiaux. Ceci explique qu'elles se rencontrent surtout chez les enfants ; pourtant leur présence n'est pas toujours décelée dès la naissance et, dans quelques observations, le malade n'alla consulter qu'à 3, 6, 13 et même 22 ans ; ce qui ne peut s'expliquer que par l'indolence absolue de la tumeur jusqu'au moment où la gêne fonctionnelle devient trop grande. Le sexe ne semble pas avoir d'influence prédisposante ; les différents auteurs notent volontiers l'absence d'autres malformations chez leur malade et même parmi leurs ascendants.

Les symptômes sont toujours les mêmes. Les troubles fonctionnels sont dus au voisinage des voies respiratoires et des voies digestives ; ils consistent en toux, crise de suffocation, nausées, vomissements. Les signes généraux rares ne sont accusés que chez les malades dont l'opération a été longtemps différée. Aucun auteur ne signale d'hémorragie non plus que de tendance à saigner.

La vascularisation de ces tumeurs explique leur évolu-

tion progressive ; il est rare qu'elles s'atrophient et disparaissent spontanément. En effet, les troubles fonctionnels signalés dans toutes les observations vont généralement en s'accentuant du fait de son accroissement progressif. Le pronostic n'est pas grave : il s'agit d'une tumeur bénigne, mais il faut bien savoir que les troubles provoqués peuvent aller jusqu'à la suffocation nécessitant la trachéotomie d'urgence.

Difficile chez le jeune enfant où la rhinoscopie postérieure et le toucher digital sont souvent impraticables, le diagnostic est facilité par l'extériorisation de la tumeur au cours d'une crise de toux. Chez le grand enfant, on le fait plus facilement par l'examen direct, la rhinoscopie postérieure et antérieure et par le toucher digital. De volume varié, habituellement pédiculés, les polypes dermoïdes du pharynx ont un point d'insertion peu précisé dans la plupart des observations : au voisinage de la trompe d'Eustache ; au niveau de la paroi postérieure et supérieure du cavum ; sur le vomer dans le seul cas que nous publions. Decloux envisage les diagnostics différentiels avec les polypes naso-pharingiens, les polypes fibro-muqueux, les fibromes qui se distinguent par leur étiologie et leurs signes fonctionnels propres. Il nous semble préférable d'insister plutôt avec Texier sur le diagnostic de cyanose ou de coqueluche qui seront faits dans chaque cas après examen du rhino-pharynx.

TRAITEMENT

Les crises de suffocation, les vomissements peuvent conduire à extirper la tumeur d'urgence. Comme nous l'avons déjà signalé, une crise aiguë de suffocation peut nécessiter la trachéotomie. En général, le chirurgien peut choisir son moment ; de toute façon, l'opération est de règle, l'ablation de la tumeur étant toujours suivie de la guérison complète sans récidive. Les moyens opératoires sont variés : écraseur, ciseaux, anse galvanique, serre-nœud. Decloux conseille l'emploi des ciseaux de préférence à tout autre instrument ; il se base sur la présence assez fréquemment signalée de cartilage dans ces tumeurs dermoïdes. Il nous semble, au contraire, de beaucoup préférable d'employer le serre-nœud. Les ciseaux, même conduits par une main habile, peuvent léser les parties environnantes ; ils laissent, s'ils ne sont pas d'une cambrure exactement appropriée, une partie du pédicule ; enfin, après leur section, les vaisseaux restent béants. L'anse du serre-nœud, plus souple, peut être plus facilement conduite à l'insertion même de la tumeur ; moins traumatisante, elle assure une plus complète hémostase. C'est ce dernier moyen que M. Le Mée employa dans le cas que nous publions ; l'enfant ne ressentit aucune douleur et l'opération se passa sans la moindre hémorragie.

OBSERVATIONS

Pour les observations publiées jusqu'en 1900, nous renvoyons à la thèse de Decloux, déjà si souvent citée. Nous avons systématiquement écarté tous les cas de tératomes qui ne doivent pas, à notre avis, se ranger dans ce groupe de tumeurs. Nous les citons pour mémoire dans les notes bibliographiques, certains auteurs semblant avoir confondu ces deux variétés. De 1900 à nos jours, divers auteurs publièrent les observations de polypes dermoïdes qu'ils eurent l'occasion d'opérer, comme nous le signalons dans notre historique ; on trouvera leur liste avec les références utiles dans les notes bibliographiques. Leurs malades diffèrent seulement par l'âge ; les tumeurs sont toujours dermoïdes pileuses et leurs symptômes fonctionnels les mêmes. Nous nous bornerons donc à citer, avant notre observation personnelle, les résumés de celles de Texier, Bastgen, Poujet et Kelly.

OBSERVATION I

Observation de Texier, *Chef du Service Laryngologique de l'Hôtel-Dieu de Nantes* (1)

Une fillette de trois mois est présentée au Dr Texier parce que, dans un effort de toux, une tumeur est apparue dans la bouche, entre les lèvres, dépassant la commissure labiale. L'enfant prend bien le sein, l'abandonne rarement pour respirer, ne présente ni suffocation, ni vomissements. Examinée, elle paraît bien portante, sa respiration n'est pas gênée ; il faut abaisser fortement la langue pour voir la tumeur dont l'aspect blanchâtre tranche sur la couleur rouge de la muqueuse pharyngée. Dans une crise de vomissements, l'enfant projette sa tumeur au dehors ; elle apparaît alors au-dessus de la langue, dépassant les commissures labiales de 3 centimètres. Son pédoncule paraît avoir 4 à 5 centimètres de long et 5 millimètres de diamètre ; la couleur est blanc rosé, l'aspect plutôt celui de peau que de muqueuse, de nombreux poils follets sont disséminés à sa surface, pas de vaisseaux apparents : la consistance est dure, rappelant celle du lobule de l'oreille. L'implantation est impossible à préciser, la rhinoscopie postérieure et le toucher étant impraticables à cet âge. Le pédicule contourne le bord postérieur du voile du palais et se perd dans le cavum. L'extirpation est simple avec l'anse du serre-

(1) Texier : polypes dermoïdes du pharynx. *Presse Médicale*, Paris, 1900.

nœud. La tumeur extirpée présente les dimensions suivantes :

Longueur : 5 cent. 1/2.
Largeur : 11 millimètres.
Rétrécissement : 4 millimètres.
Renflement : 7 millimètres.
Pédicule : 4 millimètres.
Poids total : 2 gr. 70.

La tumeur a l'aspect normal de la peau avec de nombreux poils follets. La coupe longitudinale montre un tissu graisseux à lobule ayant la grosseur d'un grain de semoule et dont le grand axe est dirigé dans le sens même de la tumeur. La peau qui l'entoure complètement est d'apparence vulgaire et a 3/4 cm. d'épaisseur environ pour s'amincir considérablement au niveau du pédicule. Sur la coupe, on aperçoit par groupes les orifices de petits vaisseaux dirigés selon le grand axe de la tumeur et de 7 millimètres environ de diamètre.

Examen histologique :

1° Renflement terminal :

a) Epiderme : d'épaisseur très variable, ses différentes couches se distinguent difficilement ; l'assise de cellules basales est irrégulière et recouvre de nombreuses papilles distribuées sans ordre ;

b) Derme : le derme est épais, formé de faisceaux conjonctifs denses qui envoient de nombreux prolongements dans l'intérieur de la tumeur ; ces fibres cloisonnent les alvéoles remplies de cellules graisseuses de grande taille. Les follicules pileux sont très nombreux. Les muscles

érecteurs ont pris des proportions gigantesques, ils sont aussi longs que le follicule pileux lui-même. Les glandes sudoripares, très développées, forment des amas considérables et irréguliers. Leur épithélium est très proliféré. Les fibres élastiques sont disséminées et interposées entre les faisceaux fibreux. Les artérioles et les veinules sont fort nombreuses dans le derme, mais rien de particulier dans leur structure, de même les capillaires. Il est impossible de différencier un seul *élément nerveux.*

2° Pédicule :

On trouve une artère volumineuse et la veine correspondante au centre du pédicule. Cet axe vasculaire est entouré de trois ou quatre faisceaux de fibres musculaires très nettement striées. Les faisceaux sont plus ou moins dissociés par du tissu conjonctif et le tout plonge dans le tissu adipeux. On y trouve également de nombreux vaisseaux gorgés de sang. Sur le pédicule, la peau perd brusquement son aspect dermoïde pour prendre celui d'une muqueuse à plusieurs assises de cellules stratifiées.

Texier insiste particulièrement dans la suite de sa communication sur la rareté de ces tumeurs. Il classe leur pathogénie parmi les malformations survenues au cours du développement des arcs branchiaux et ajoute qu'il ne faut pas chercher là un exemple d'inclusion fœtale ou de parthénogénèse. Il décrit rapidement les symptômes fonctionnels toujours les mêmes par lesquels les polypes pharyngiens traduisent leur existence. Il note le diagnostic différentiel avec les polypes fibreux ou adénomes qui

n'ont pas de revêtement cutané et insiste sur l'erreur facile à commettre si on n'examine pas la gorge avec les accès de cyanose ou de toux coqueluchoïde.

OBSERVATION II

Observation de Bastgen (1)

Bastgen écrivit, en 1908, sa thèse inaugurale sur les polypes pileux du pharynx. Son observation est celle d'un nouveau-né qui fut opéré quelques heures après sa naissance. Le médecin qui avait fait l'accouchement avait quitté sa malade, laissant l'enfant d'aspect normal et bien portant. Dix heures après, il était rappelé précipitamment auprès de ce nouveau-né, qui avait rejeté, dans une crise de toux, une tumeur blanc opaque dont l'extrémité inférieure dépassait la commissure labiale de 2 centimètres. Il saisit ce polype avec une pince et l'arracha par traction ; il lia ensuite le pédicule pour éviter une hémorragie. Il n'y eut pas de récidive ; et l'enfant se développa normalement.

Sa pièce opératoire avait la forme d'un rein et avait 2 cent. 1/2 de long sur 1 cent. 1/2 de large. Son épaisseur était environ de 1 cent. 3 ; elle se continuait par un pédicule très fin qui allait s'insérer sur un point non précisé du rhinopharynx. Elle était entourée d'un revêtement cutané couvert de poils très fins. A la coupe, on trouvait un cartilage dont le grand axe était parallèle à celui de la tumeur. Le reste était constitué par du tissu

(1) Bastgen : thèse inaugurale Giessen, 1908.

graisseux entouré de mailles de tissu conjonctif. Le pédicule était constitué par une artère et une veine centrale entourées de fibres conjonctives.

Bastgen fait ensuite un tableau comparatif très détaillé des diverses tumeurs analogues dont il avait relevé la publication. Il est intéressant de comparer leur volume, leur forme, leur point d'insertion et leur structure histologique.

OBSERVATION III

Observation de Pouget (1)

Mlle V..., âgée de 10 ans, est adressée à Pouget pour obstruction nasale assez ancienne. Le facies est adénoïdien et la fillette d'aspect grêle. Rien d'intéressant à signaler dans les antécédents.

Examen du nez : Hypertrophie légère des cornets inférieurs gênant la visibilité ; on aperçoit cependant une amygdale pharyngée de volume moyen.

Examen de la gorge : De la partie supérieure de la loge amygdalienne droite, part une tumeur pédiculée piriforme, à surface lisse, régulière, d'aspect blanc nacré. Au stylet, la consistance est molle, pseudo-fluctuante ; la rhinoscopie postérieure est impossible, le toucher digital n'est pas pratiqué. La palpation du cou ne décèle rien de particulier. Nulle part sur le reste du corps, on ne trouve de malformations congénitales. On porte le dia-

(1) Pouget : un cas de polype dermoïde du pharynx. *Revue hebdomadaire de Laryngologie*, Paris, 1914.

gnostic de polype dermoïde du pharynx et l'on opère l'enfant.

Opération : La tumeur, saisie par une pince, est entourée d'une anse galvanique au niveau de son pédicule, mais l'anse brûle sur un corps dur ; la tumeur est saisie par une pince emporte-pièces après avoir été énucléée le plus possible ; pas d'hémorragie.

Un mois après l'opération, le pharynx est absolument normal ; le doigt ne sent rien de spécial au niveau du point d'insertion de l'ancienne tumeur ; la rhinoscopie postérieure montre une amygdale pharyngée de volume moyen : la gêne respiratoire persiste.

Examen de la tumeur : Le polype extrait a les dimensions d'une grosse amande dont le grand axe mesure 4 centimètres. Sa surface semble être formée d'un revêtement cutané et la loupe permet de voir, çà et là, quelques poils incolores. La consistance en est molle, pseudo-fluctuante et on sent à l'intérieur une tige dure comme un corps étranger. La coupe perpendiculaire de la tumeur montre à l'œil nu un tissu blanc jaunâtre ayant tous les caractères de la graisse ; au centre, une longue tige de cartilage part du pédicule jusqu'au voisinage du pôle inférieur, où elle disparaît complètement.

Au microscope, la tumeur présente partout la même structure ; sa surface offre tous les caractères de la peau : couche cornée, épiderme et région dermique avec leur structure classique, les poils disparaissent à mesure qu'on se rapproche du pédicule. A certains follicules pileux, sont annexées de rares glandes sébacées minuscules. On trouve en très petit nombre quelques glandes sudoripares

rudimentaires. De la région sous-dermique, partent des travées fibro-conjonctives qui délimitent entre elles de vastes aréoles comblées par du tissu graisseux qui constitue la majeure partie de la tumeur.

Au voisinage du pédicule, se trouve une petite tumeur qui semble lui être annexée. Elle ressemble à une parotide, aberrante, car elle est presque exclusivement constituée par d'énormes lobules glandulaires arrondis séparés entre eux par des cloisons fibro-conjonctives. On retrouve, comme dans le corps du polype, un nombre assez considérable de cellules adipeuses entourées de tissu conjonctif. Le revêtement cutané a disparu ici ; il est remplacé sur une des faces par un épithélium cylindrique à cils vibratils, et sur l'autre par un épithélium stratifié. Toute la tumeur est, dans son ensemble, très peu vascularisée.

OBSERVATION IV

Observation de Kelly (1)

Enfant de six semaines, de sexe féminin. Le polype a la forme d'une langue et sort de la bouche depuis l'âge d'une semaine ; il ne rentre que s'il est repoussé par le doigt. L'enfant le suce, semble-t-il, avec complaisance.

Examen : La tumeur remonte derrière la langue, du côté gauche du naso-pharynx. Le point d'implantation exact ne peut être déterminé. Elle sort de 2 centimètres

(1) Kelly : polype pileux dermoïde du pharynx, *Journal de Laryngologie de Londres*, 1918.

hors de la bouche. L'enfant est opérée. Une légère hémorragie suit l'ablation. Dès le lendemain, l'enfant peut mieux avaler et fait des progrès satisfaisants.

La forme du polype est allongée. Il mesure un peu plus de 5 centimètres et 1 cent. 3 à sa partie la plus étroite. Il a la consistance de chair. La peau qui le recouvre est garnie de poils fins.

Histologie : La couche extérieure est formée par un épithélium stratifié de 4 ou 5 cellules de profondeur. Aux racines des poils, se trouvent quelques follicules. Le tissu sous-jacent est lâche, probablement conjonctif ; on y trouve quelques petites glandes. La partie la plus large du polype est formée de tissu graisseux.

Kelly note que les symptômes sont les mêmes, à peu de chose près, dans tous les cas de polypes du pharynx. L'aspect ne varie guère, tranchant nettement par la couleur blanche sur la muqueuse avoisinante. Le siège semble en être presque toujours le rhinopharynx. Leur structure varie peu : peau ordinaire recouverte de cheveux fins ; glandes sébacées, glandes sudoripares, fibres musculaires, tissu graisseux remplissant des mailles de tissu conjonctif, muscles striés, fibres élastiques, vaisseaux, glandes salivaires. Il rattache l'origine de ces tumeurs à une malformation de la deuxième fente branchiale.

OBSERVATION PERSONNELLE

C... Marcelle, 5 ans 1/2. Le 3 mai 1927, la jeune malade est envoyée par le Laryngologiste des Peupliers à la consultation de Mr. Le Mée, à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Nous constatons dans le pharynx un polype dont la consistance particulièrement dure nous fait réserver le diagnostic et admettre l'enfant à l'hôpital.

Antécédents. — Le père et la mère sont bien portants. La mère n'a eu aucune maladie grave dans sa première ni dans sa seconde enfance ; elle n'a pas entendu parler de retard de dentition, ni de retard pour la marche. A 14 ans, elle est opérée d'amygdales et de végétations, réglée à 15 ans et toujours normalement par la suite. Elle se marie à 23 ans. Chez le mari, on note une pleurésie. Notre malade est leur premier enfant, née en août 1921, un an après le mariage ; en 1924 et 1925, ils eurent deux autres enfants venus à terme : l'accouchement fut normal, cependant la mère eut un peu d'albumine pendant la dernière grossesse. Jamais de fausse couche. Les deux sœurs puînées sont très bien portantes. *De mémoire de la mère, il n'y a eu aucune malformation congénitale dans la famille, tant du côté de son mari que du sien* ; elle n'a jamais entendu parler de *bec de lièvre*. Notre malade pesait à sa naissance 2 kgs 500. Les parents expliquent que dès les premiers jours, l'enfant paraissait enrhumée, son nez coulait et sa respiration produisait un ronflement assez prononcé. L'écoulement nasal n'était pas aqueux,

mais épais et blanchâtre. L'enfant mettait très longtemps pour prendre le sein, il fallait même un bout de sein pour lui faciliter la tétée, souvent elle le lâchait pour reprendre son souffle. Sa mère, se trouvant fatiguée, donne à l'âge de 3 mois quelques biberons à sa fillette, dont la courbe de poids reste stationnaire. A 5 mois, une hernie inguinale, qui avait déjà fait son apparition à 6 semaines, réapparaît ; le médecin appelé la réduit facilement et fait mettre un petit bandage, mais il constate que l'enfant n'a pas le poids normal : 3 kgs 500, et prescrit un léger désinfectant pour le nez. A 6 mois, l'enfant commence à augmenter, et à 1 an son poids atteint 9 kgs.

Les ronflement n'ont pas cessé, l'enfant dort la bouche ouverte et l'écoulement muco-purulent persiste également. Un médecin fait le diagnostic de végétations adénoïdes, mais conseille d'attendre l'âge de 2 à 3 ans pour faire opérer. Jusqu'à 4 ans, l'enfant augmente normalement, malgré une rougeole à 1 an et une coqueluche à 3 ans, sans aucune complication. La première dent apparut à 8 mois. L'hiver, et surtout le froid humide, provoquent une recrudescence de l'écoulement muco-purulent et de la gêne fonctionnelle, mais les parents s'étaient habitués au bruit que faisait leur enfant en dormant et n'y prêtaient aucune attention. A l'âge de 4 ans, le bruit de cornage, la gêne respiratoire et l'écoulement verdâtre sont si prononcés que la malade est conduite à Thaon-les-Vosges, chez un chirurgien qui décide de l'opérer. Selon le dire des parents, le chirurgien aurait déclaré qu'il regrettait de l'avoir opérée, les végétations n'étant pas plus grosses qu'un poids ; par contre, l'hémorragie

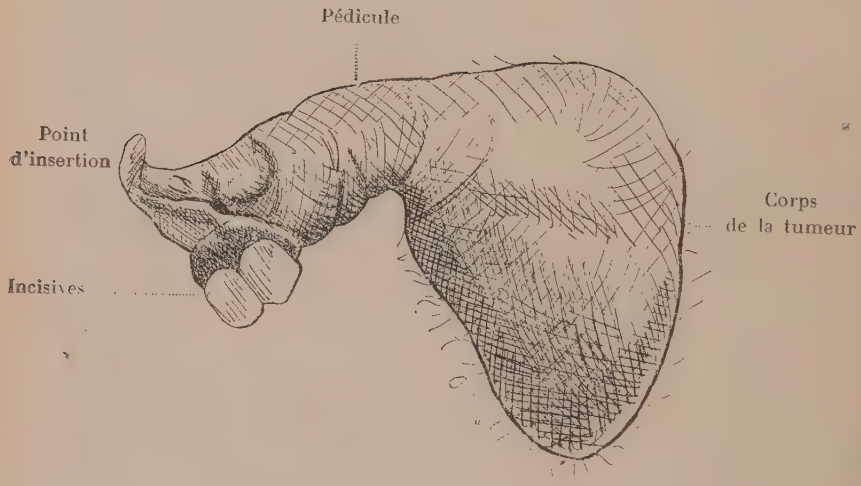
post-opératoire fut assez abondante. Après l'opération, l'enfant est toujours aussi gênée, fait entendre les mêmes bruits nocturnes ; seul, l'écoulement nasal a perdu sa fétidité et sa couleur verte pour redevenir blanchâtre comme auparavant.

A l'âge de 5 ans, l'année suivante, les parents se décident enfin à amener leur enfant à un spécialiste de l'hôpital de Tournon, en Seine-et-Marne, qui porte le diagnostic de végétations adénoïdes obstruantes, mais comme c'est au début de l'hiver, il demande aux parents de ramener l'enfant au printemps. Ayant appris que les enfants étaient opérés sans anesthésie, les parents préfèrent venir à Paris. Ils sont envoyés à la Protection Mutuelle, de là à l'Hôpital des Peupliers, où l'enfant est convoquée pour être opérée d'amygdales et de végétations infectées. C'est là que, au moment d'opérer, alors que l'enfant était déjà endormie, le *spécialiste* s'aperçoit que, derrière la luette, pend une masse arrondie et blanchâtre qui ne peut pas être une amygdale pharyngienne ; il n'opère pas l'enfant parce qu'il ne peut l'hospitaliser, et conseille aux parents de conduire l'enfant sans tarder à la Consultation des Enfants-Malades, où on hospitalise tous les opérés. C'est dans ces conditions que la malade nous arrive et qu'elle est examinée. Les parents disent alors que, depuis 6 mois, ils aperçoivent derrière la luette une masse ovoïde blanchâtre, qui semble augmenter de volume de jour en jour. Chaque nuit, l'enfant est prise d'étouffements, d'angoisses et de tous ces signes dont l'ensemble est décrit sous le nom de *terreurs nocturnes*. Le matin, elle se trouve très fatiguée, avec pâleurs subites

et tendances syncopales. Malgré la conservation de l'appétit, l'enfant perd du poids.

Examen. — L'examen direct laisse apercevoir, derrière la luette, une masse arrondie dont la teinte blanchâtre tranche sur la couleur rouge de la muqueuse pharyngée. La rhinoscopie postérieure dénote un cavum encombré par la masse de la tumeur, dont le pédicule semble s'insérer sur le vomer, point que vérifie la rhinoscopie antérieure. Le toucher digital confirme le diagnostic et laisse l'impression d'une consistance assez ferme de la tumeur sans provoquer la moindre hémorragie. L'enfant est mise en observation. Les signes fonctionnels sont bien tels que les ont décrits les parents : cornage et gêne respiratoire, agitation nocturne, fatigue de la malade, écoulement muco-purulent des fosses nasales. Aucune trace de malformation ne peut être relevée ; les orifices herniaires sont comblés normalement, il n'y a aucune persistance de la hernie inguinale signalée à 6 mois. La voûte palatine est absolument normale, sans aucune apparence de soudure vicieuse ; elle est légèrement ogivale, ce qui s'explique par le peu de fonctionnement du canal nasal obstrué à son orifice choanal par la tumeur.

Intervention. — Après une légère pulvérisation à la solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/50^{e}, on fait un badigeonnage du cavum avec la solution au 1/20^{e}. L'enfant est placée sur les genoux d'un infirmier, la tête maintenue dans la position opératoire des végétations adénoïdes. M. Le Mée introduit alors autour de la tumeur l'anse d'un serre-nœud qu'il fait remonter le long du pédicule jusqu'à son point d'insertion, vérifiant


Pédicule
Point d'insertion
Incisives
Corps de la tumeur

soigneusement l'exactitude de sa position, puis lentement comprime le pédicule en serrant la vis de l'instrument. La tumeur est retirée sans difficulté au bout de l'anse. L'opération a duré quelques minutes, la malade n'a rien senti, ou du moins ne l'a pas manifesté ; il n'y a aucune trace, même minime, d'hémorragie.

Suites opératoires. — L'enfant, très nettement soulagée, respire avec facilité, dort d'un sommeil calme et régulier, la bouche entr'ouverte. Sortie de l'Hôpital des Enfants-Malades le 23 mai, douze jours après l'opération, et revenue dans sa famille, elle supporte facilement, quelque temps après, une seconde rougeole et reprend rapidement des forces et du poids : elle gagne 5 kgs en 6 mois ; son sommeil est toujours calme, elle dort la bouche fermée, tous les malaises ont disparu, il n'y a plus d'écoulement nasal ni de bruit respiratoire.

Examinée de nouveau au mois de janvier 1928, l'enfant s'est complètement transformée : son cavum est absolument libre, la rhinoscopie postérieure ne dévoile rien, non plus que le toucher digital. Aucune récidive.

Examen anatomo-pathologique de la tumeur (1)

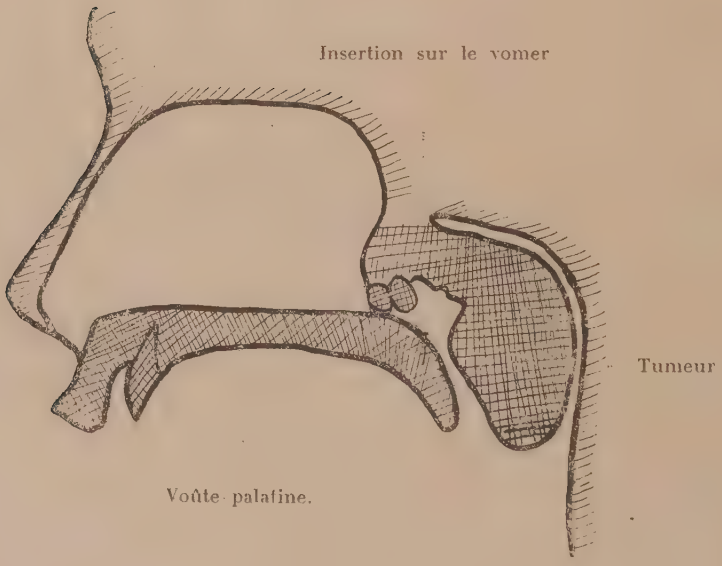
Examen macroscopique

La tumeur a la forme d'une gousse de pois longue de 5 centimètres, coudée à angle droit, suivant sa longueur et en son milieu ; elle est renflée dans son extrémité libre et étranglée, au contraire, dans la moitié qui prenait attache sur le vomer.

Dans le liquide, à la surface duquel elle flotte, elle

(1) Nous remercions particulièrement le Dr Delater du concours qu'il a bien voulu nous apporter pour les divers examens de cette pièce.

SITUATION DE LA TUMEUR SUR LE CAVUM
VU DE PROFIL



apparaît veloutée comme une grosse chenille poilue dont la tête serait recourbée vers le fond du vase. Cette comparaison s'affirme encore de par l'existence, à l'extrémité céphaliques, de deux taches blanches ocellées, en arrière desquelles, sur la convexité, se dresse une corne.

Cette dernière répond au pédicule par lequel la tumeur s'insérait sur le vomer, et il est facile de s'assurer que les deux taches ocellées ont la morphologie de deux petites couronnes d'incisives temporaires. A leur base, se reconnaît un bourrelet gingival en miniature, qui fait le tour de leur collet et glisse entre elles son *septum* muqueux ; il paraît un peu ecchymotique. En arrière de ces dents, sur la convexité, existe comme une crête conique dont le sommet se continue par la corne du pédicule d'insertion. La coupe, au contraire, y montre, sous une pellicule lisse et glissante qui continue ce qui paraît être la muqueuse gingivale, la présence d'un tissu résistant qui crie sous la lame comme de l'os : esquisse de mandibule où s'insèrent les deux dents.

Tout le reste de la tumeur est uniformément mou, de coloration blanchâtre, hérissé d'une infinité de poils souples très courts : revêtement cutané probable où les quelques sigillations ecchymotiques qu'on relève doivent répondre à des traumatismes opératoires. La coupe au couteau, suivant un plan axial, s'en exécute facilement d'une face à l'autre et révèle une organisation fibreuse assez dense parcourue par des lignes plus épaisses qui rayonnent autour d'une longue bande d'un millimètre d'épaisseur, disposée au voisinage de la face concave de la tumeur et parallèlement à elle.

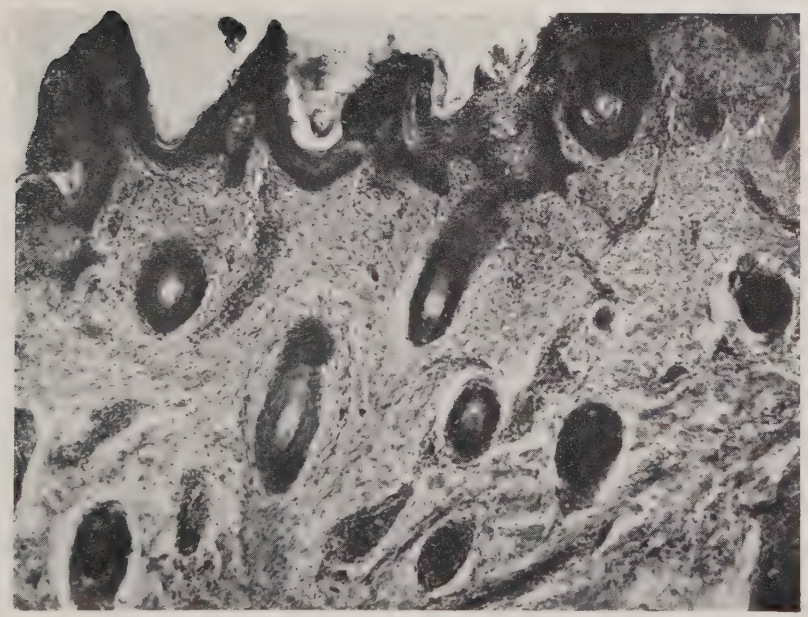
La chenille est incisée suivant sa longueur. Arrivé dans

l'épaisseur de la tête ocellée, le bistouri heurte une masse dure beaucoup plus résistante que de l'os. Cette masse paraît prolonger les deux incisives jusque dans cette manière de corne qui servait de pédicule à l'insertion de la tumeur. De ce côté, le bistouri, contournant l'extrémité profonde de la masse dure, en mobilise un fragment et fait émerger la couronne aplatie d'une troisième dent : la racine très courte de celle-ci, adhérente au tissu mou formant capsule, est facilement dégagée ; la dent est du type canine, mais ne mesure que 0,006 millim. de long et montre, à peine ébauché au-dessous du collet, un court cylindre radiculaire largement ouvert pour loger le bourgeon pulpaire ; elle ressemble donc à une dent temporaire encore incluse, de très jeune enfant. L'examen histologique de la capsule qui l'enfermait nous dira si l'on y trouve encore des restes de l'organe épithélial odontoplastique.

Cette troisième dent dégagée, le bistouri parvient dans l'espace qui devrait séparer les deux incisives aux couronnes égressées ; mais celles-ci sont rigoureusement adhérentes l'une à l'autre, depuis les couronnes, qui ne dégagent que leurs bords libres sinueux, jusqu'à l'extrémité des deux racines. Leur longueur est de 0,012 mill., les racines s'énucléent facilement de leur loge fibreuse et l'on est un peu surpris de voir ces dents incurvées et orientées de telle sorte que la face des couronnes qui aurait pu être linguale ou postérieure, est située en avant et que l'apex des racines, au lieu de pointer en arrière, est dirigé en avant.

Constatations à souligner : il n'existe aucune trace de formation osseuse. L'incision du corps de la chenille se

COUPE HISTOLOGIQUE



Microphotographie d'un fragment de coupe de la tumeur montrant les formations épithéliales du revêtement cutané.

fait sans difficulté ; la lame du bistouri en ressort imprégnée d'un corps gras.

Examen microscopique

Le corps de la tumeur est constitué par un tissu cellulo-adipeux très lâche, entouré par un revêtement cutané complet, encore que rudimentaire : épithélium pavimenteux stratifié, à couche cornée à peine indiquée et constante ; annexes de la peau nombreuses, mais mal développées dans un derme fibreux assez mince ; ébauches de follicules pileux, de glandes sudoripares et surtout très rares glandes sébacées.

Sur la portion céphalique de la tumeur, l'aspect est différent, selon qu'on examine la face supérieure par où la tumeur se pédiculisait sur le rhino-pharynx ou la face inférieure qui laissait place au massif dentaire : Près du pédicule, on reconnaît des débris d'épithélium cylindrique paucistratifié, comme il en existe sur la muqueuse pituitaire, et de gros paquets de glandes muqueuses On ne trouve pas de zone de transition entre l'épithélium cutané et l'épithélium pituitaire, le revêtement ayant été arraché par l'exérèse sur une assez grande étendue.

Près du massif incisif, on retrouve des traces d'épithélium cylindrique sur l'ébauche de gencive qui recouvrait en avant les deux couronnes ; mais elles restent enfermées dans une sorte de repli que formait la muqueuse, tandis qu la surface lisse est revêtue d'un épithélium malpighien. La gencive qui recouvrait, en arrière, les deux couronnes, est tapissée de ce même épithélium pavimenteux stratifié du type malpighien, rappelant celui de la muqueuse buccale. Celui-ci se prolonge d'ailleurs, sur une courte distance, sur la face inférieure du

corps de la tumeur, accompagné de quelques pelotons de glandes muqueuses.

Entre ces deux faces, on retrouve la cavité qui logeait les racines des deux incisives et enfermait l'ébauche de canine. Presque partout, les bords en sont formés par un tissu conjonctif, dense, effiloché, dont certaines parties rappellent le ligament dentaire et le précortical ; toutefois, une courte surface de la loge canine est lisse et tapissée de deux couches de cellules, qui paraissent être des cellules épithéliales et qui représentent peut-être les restes d'un organe adamantin atrophié. C'est sur les débris de la cloison qui séparait l'ébauche de canine des deux racines incisives, que persiste cet épithélium, par conséquent sur la portion qui répondait au petit cylindre radiculaire de cette canine. Il représente certainement un organe qui a perdu toute activité et qui a laissé antérieurement l'ébauche dentaire immobilisée dans son évolution : cette constatation, comme l'histoire clinique de la petite malade fixe le début et l'arrêt du développement de la tumeur aux premiers temps de l'existence, du moins pour ce qui est de sa portion céphalique. Si la tumeur a augmenté de volume dans les derniers mois, c'est par son extrémité postérieure qui apparaissait derrière les voiles du palais.

Conséquence de l'enclave d'un fragment épidermique dans les fosses nasales au cours de la vie embryonnaire, cette tumeur prend un caractère d'exceptionnelle originalité par l'existence d'une différenciation dentaire précise qui n'avait pas encore été signalée dans cette région, croyons-nous. Elle réalise, selon l'appellation de Letulle, un type de dysembryoplastie et pourrait être appelée : polype dermoïde dentifère du cavum.

CONCLUSIONS

1° Les productions pileuses du cavum sont rares, pédiculées, revêtues d'une enveloppe cutanée et constituées à leur partie moyenne par du tissu conjonctif, des fibres musculaires, des vaisseaux et quelquefois par du tissu cartilagineux ;

2° Au point de vue nausologique, nous pensons que ce ne sont pas des tératomes, mais des inclusions épidermiques liées intimement au développement et à la soudure des arcs branchiaux, comme le démontre la présence de dents dans la tumeur dont nous rapportons l'observation qui nous est personnelle ;

3° Les divers examens qui ont été pratiqués et ceux que nous avons entrepris nous-même font rentrer ces tumeurs dans le groupe des polypes dermoïdes ;

4° Le point d'implantation est variable, mais ils occupent toujours la partie supérieure du pharynx, c'est-à-dire le compartiment rhinopharyngé, ce qui justifie le titre que nous proposons de : « *Polypes dermoïdes du cavum* ».

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

M. CHARLETY.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
SEBILEAU.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ford. — *Méd. commune*, vol. 1, n° 31.
2. Meckel. — *Journal des connaissances médicales*
3. Goschler. — *Allg. Wien. med. Zteg.*, 1865, X, 344
4. Lambl. — *Arch. f. Pathol. Anat.*, 1870, p. 516.
5. Arnold. — *Arch. f. Pathol. Anat.*, 1888. t. CXI, v. 176.
6. Reinhardt (Otto). — *Arch. f. Gynaecol.*, 1878, bd XIII, s. 176.
7. Barton. — *Br. Med. Journal*, 1880, v. II, p. 982.
8. Abraham. — *J. Phys. et Anat.*, 1881, p. 244.
9. Schuchardt. — *Central. f. Chirurg.*, n° 41, 1884.
10. Lannelongue et Achard. — *Tr. des kystes congénitaux*, 1886.
11. Lannelongue et Ménard. — *Affections congénitales (tête et cou)*, 1891.
12. Petrone. — *Gazette des Ospitales*, 5, 37, 1889.
13. Richard (Otto). — *Arch. f. Path. Anat.*, Berlin, 1889, CXV.
14. Gradenico. — *Giornale della R. Acad. de Medec. de Torino*, anno 55, vol. 40, T. 3, 165, 1892.

15. Canrtzer. — 1892. *Deutsche Mediz Wochenschüft. S. I.*, 163.

16. Avellis. — 1893. *Der ärztliche Praktiker*, n° 46.

17. Grumach. — 1895. *Inaugural dissertation Konigsberg.*

18. Pussacq-Larcebau. — *Thèse Bordeaux*, 1895.

19. Roaldès (W. de). — *N. Y. Med. Jour.*, p. 179, 1897

20. Schwartz. — 1897. *Zeitschrift Für Ohrenheilkunde band*, 32.

21. Stoos. — 1898. *Kinderspitel in Ber*, 1896-97, s. 82

22. Mueller. — 1899. *Dissertation Giessen.*

23. Decloux. — *Thèse Paris*, 1900.

24. Texier. — Polypes dermoïdes du pharynx. *Presse médicale*, Paris, 1900, 11395-397.

25. Milholand. — An unusually polyp presenting in the pharynx. *Maryland M. J. Balt.*, 1901, XLIV, 252-53.

26. Hanszel. — 1903. Ein kongenitaler rachenpolyp. *Wien Klein Udchuschr.*, 1902-XV, 1332.

27. Meyges. — 1904. Cité d'après Thellung. *Voor Geneeskinde*, n° 5.

28. Kan. — 1904. *Idem.*

29. Thellung. — 1905. Ein congenitaler behaarterrachenpolipen. *Deutsch Zeitschrift für chirurgie.* B. 78, S. 231.

30. Reuter. — Behaarter rachenpolyp. *Arch. Laryng.*, Berlin, 1905, XVII, 233-248.

31. Levinger. — 1908. Kongenitaler rachen polyp. *Munchen med wchusch*, LV, 1024.

32. Bastgen. — 1909. *Thèse inaugurale Giessen*, 1908.

33. Spinger. — 1909. *Wien ii Leipz*, 1908, 200-214.

34. Oppikoffer. — *Zeistzchuft fur laryngologie*, B. IV, Heft 3, S. 347.

35. Axhausen. — 1912. Ein fall von kongénitaler behaarter rachenpolyp. *Berlin kin Wchuschr*, 1911-XIV, iii 2337.

36. Augier et Lavrand. — Polypes dermoïdes de l'amygdale. *Journal de sc. méd. de Lille*, 16 mai 1913.

37. Pouget. — 1914. Un cas de polype dermoïde du pharynx. *Revue hebdomadaire de Laryngologie*, Paris, 1914.

38. Graziani. — 1915. Polipo congenito del faringe. *Arch. Italia di Laryng.*, Napoli, 1915, XXXV, I, 12.

39. Poynton. — Inclusions dermoïdes du pharynx. *Lamed*, Londres, 1915.

40. Dombrowski. — 1914. *Arch. f. Laryngol.*, Berlin, 1914, XXV, iii 481-483.

41. Kelly. — 1918. Dermoid polyp of the pharynx. *I. Laryng. Lond.*, 1918, XXXIII.

42. Le Mée (J.-M.). — Polype pileux du cavum. *Congrès Société Belge de Laryngologie.*